Zwei bemerkenswerte Fälle von Pseudopuerperalfieber.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen

vorgelegt von

Gustav Kunz,
Medizinal-Praktikant aus Bamberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Oktober 1905.

Bamberg 1905.
W. Gärtners Buchdruckerei, Hoflief.

Zwei bemerkenswerte Fälle von Pseudopuerperalfieber.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen

vorgelegt von

Gustav Kunz,
Medizinal-Praktikant aus Bamberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Oktober 1905.

Bamberg 1905.
W. Gärtners Buchdruckerei, Hoflief.

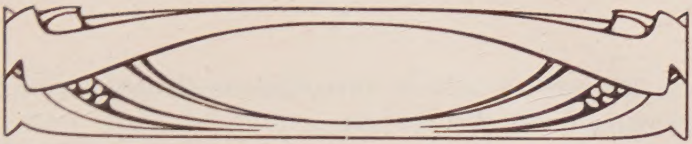
Gedruckt
mit Genehmigung der Erlanger medizinischen Fakultät.

Referent: Professor Dr. Menge.
Dekan: Professor Dr. Penzoldt.

MEINEN LIEBEN ELTERN.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549826_0090



Die mannigfachen Hypothesen, welche die alten Autoren über die Entstehung und das Wesen des Kindbettfiebers aufstellten, scheinen meist von der Ansicht ausgegangen zu sein, daß das sogenannte Puerperalfieber eine Krankheitsform sei.

Allmählich entwickelte sich dieser Anschauung gegenüber die Annahme von der verschiedenen Natur jener Erkrankungen. „Nulla febris est, quae non aliquando cadet in puerperam“ wurde als Ausdruck derselben angeführt. Schuh, Heim, Trousseau bestritten, daß das sogenannte Puerperalfieber etwas charakteristisches habe, und betonten namentlich, daß alle jene Affektionen auch bei Schwangeren, bei Nichtwöchnerinnen, bei Neugeborenen und Männern sich finden.

Nachdem Semmelweiß den Begriff des Puerperalfiebers geschaffen und, unterstützt durch Listers Arbeiten über Antiseptik, seine Lehre endlich allgemeine Anerkennung gefunden hatte, verfiel die geburtshilfliche Disziplin unter dem mächtigen Eindruck dieser neuen Lehre in den früheren Fehler, in allen Wochenbettserkrankungen etwas einheitliches, nämlich ein „Puerperalfieber“, zu sehen. Jedoch die kritische Betrachtung des großen Materials ergab, daß die Auffassung der puerperalen Erkrankungen als einheitliche Krankheitsform weder vom wissenschaftlichen, noch praktischen Standpunkte aus haltbar sei, daß Puerperalfieber nicht mit Fieber in puerperio identifiziert werden dürfe.

Es ergeben sich so verschiedene Gruppen von Erkrankungen im Wochenbett.

Eine Einteilung, die das k. sächsische Landesmedizinalkollegium für seine Statistik über Sterblichkeit im Kindsbett als die beste angenommen hat, unterscheidet:

I. echte Puerperalfieber, die durch eine in oder nach der Geburt entstandene Infektion oder Selbstinfektion eingetreten sind;

II. Erkrankungen, die sich meist unmittelbar an die Geburt anschließen und häufig zu plötzlichem Tode führen, wie Kollaps nach schwerer Entbindung, Uteruseinstülpung, Eklampsie;

III. rein accidentelle Erkrankungen, die mit Geburt und Wochenbett an und für sich nichts zu tun haben.

Während die Vergleichung von Statistiken über puerperale Todesfälle eine allmähliche Abnahme der Zahlen der I. und II. Gruppe ergibt, zeigt die III. Gruppe in den verschiedenen Statistiken verschiedene Verhältnisse, nirgends eine der I. Gruppe parallel gehende Abnahme. Der Grund ist darin zu suchen, daß einerseits die Prophylaxe des Puerperalfiebers und die verbesserte geburtshilfliche Technik für diese Fälle naturgemäß ohne Einfluß geblieben ist, anderseits diese Gruppe immer mehr mit Fällen belastet wird, die in früherer Zeit für echte Puerperalfieber gehalten wurden, die heute aber als rein zufällige Erkrankungen aufgefaßt werden, in welchen Schwangerschaft und Geburt das so wie so zu erwartende Ende nur beschleunigt hat.

Es kann sehr verschiedene komplizierende fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett geben, die nicht immer leicht von echten Puerperalfiebern sich diagnostisch differenzieren lassen, besonders wenn manche Krankheitssymptome neben der Steigerung der Körpertempera-

tur an diejenigen des echten Wochenbettfiebers erinnern, in erster Linie Erkrankungen, die das Peritoneum betreffen. Immerhin sind solche Fälle so selten, daß sie das oben angeführte Schema der amtlichen Statistik nicht zweckmäßig erscheinen lassen.

Ich habe versucht, eine Zusammenstellung der diesbezüglichen Fälle aus dem Material der Erlanger geburtshilflichen Klinik zu geben, habe jedoch die Arbeit als ergebnislos aufgegeben. In merkwürdiger Duplizität kamen nur in der Erlanger Frauenklinik in letzter Zeit zwei Puerperalerkrankungen mit letalem Ausgang zur Beobachtung, die in doppelter Hinsicht das wissenschaftliche Interesse in Anspruch zu nehmen verdienen, einmal weil sie nach allen Erscheinungen ein richtiges Puerperalfieber vortäuschten, während die Sektion eine extragenitale Infektion ergeben hat, besonders aber, weil sie die ersten in der Litteratur beschriebenen Fälle von perforierendem ulcus pepticum im Wochenbett darstellen.

Fall I.

(Von Assistenzarzt Dr. Gminder in der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde mitgeteilt.)

D. Anna, Fabrikantensfrau, 23 Jahre. II. p.
Aufnahme: 1. VI. 04.

Anamnese: Patientin war angeblich früher nie ernstlich krank. Im Anfang der letzten Schwangerschaft hatte sie des Morgens Erbrechen; sonst verlief die Schwangerschaft normal. Vor 8 Tagen hatte Patientin eine spontane Geburt durchgemacht, wobei die Hebamme zweimal innerlich untersuchte; ein Arzt sei nicht zugegen gewesen. Bereits am zweiten Wochenbettstage sei der Leib besonders links schmerzhaft geworden und habe sich aufgebläht; der Ausfluß sei seitdem übel-

riechend. Am fünften Wochenbettstage wurde der Arzt gerufen, am achten Tage fand die Verlegung in die Klinik statt.

Status: Mittelgroße Frau von etwas anämischem Aussehen, in mittlerem Ernährungszustand. Die Untersuchung von Herz und Lungen ergibt nichts besonderes. Brüste sind gut entwickelt. Der Leib ist stark aufgetrieben und gespannt, überall sehr schmerzhaft, besonders in der Gegend des linken Parametriums; ebenda ist auch deutlich eine Resistenz nachzuweisen. Der Perkussionsschall ist hier gedämpft. Der uterus ist schlecht involviert, etwa 2 Querfinger über der Symphyse; Muttermund noch für 2 Finger durchgängig; es besteht starker Ausfluß aus der Scheide, kein Dammriß. Zunge trocken, borkig. Sensorium frei; das Allgemeinbefinden schlecht. Urin- und Stuhlentleerung seien draußen in Ordnung gewesen.

Diagnose: puerperale Sepsis unter dem Bilde einer septischen Peritonitis.

1. VI. (8. Wochenbettstag): Die Patientin ist abends 6 h zugelegt worden; Puls: 140, klein; Temperatur: 40,7°. Therapie: Eisblase auf's Abdomen, Einreibung von 3 gr Unguentum Credé, 2stündlich Scheidenspülung mit $^1/_2$ % Lysollösung; es wird reichlich Alkohol gegeben. Da Wöchnerin gegen 10 h abends über starke Leibschmerzen klagt, werden drei Teilstriche Morphium injiziert.

2. VI. (9. Wochenbettstag): Nacht sehr unruhig, zeitweise somnolent, klagt über starke Leibschmerzen. Leib noch stärker aufgetrieben, überall sehr schmerzhaft; die Resistenz links ist etwas größer geworden. Lochien reichlich, sehr übelriechend. Zunge trocken, borkig, starkes Durstgefühl. Puls klein; Sensorium frei. Abends starke Kolikschmerzen; es wird ein Einlauf gemacht, worauf reichlich diarrhoischer Stuhl erfolgt. Die tags zuvor eingeschlagene Therapie wird fortgesetzt.

3. VI. (10. Wochenbettstag): Allgemeinbefinden etwas besser; Temperatur auf 38° gefallen; Puls etwas kräftiger. Leib nicht mehr so sark aufgetrieben. Ausfluß gering, nicht mehr so stark foetid. Die Resistenz links hat sich nicht vergrößert und scheint etwas weicher geworden zu sein. Sensorium frei. Therapie wie oben.

4. VI. (11. Wochenbettstag): Allgemeinzustand wieder erschwert; Puls ist wieder in die Höhe gegangen und klein geworden. Wöchnerin klagt über starke Leibschmerzen in der linken Unterbauchseite; kein Ausfluß mehr; Resistenz scheint wieder etwas größer geworden zu sein. Leib im ganzen etwas mehr aufgetrieben, überall äußerst schmerzhaft. Es stellt sich starkes Erbrechen grünlicher Massen und stark diarrhoischer Stuhl ein. Zunge trocken, borkig. Therapie wie oben, doch wird die Alkoholzufuhr per os eingeschränkt. Nachts verschlimmert sich der Zustand bedeutend; Wöchnerin schreit öfters auf; es besteht Somnolenz. Puls sehr klein, fadenförmig. Nach entsprechender Reinigung des Leibes wird an verschiedenen Stellen eine Probepunktion vorgenommen, ohne daß sich etwas gewinnen läßt; die Dämpfung muß also auf einen stark gefüllten Darm bezogen werden.

6. VI. (13. Wochenbettstag): Schwerer Allgemeinzustand. Es wird über starke Leibschmerzen geklagt; Leib stark aufgetrieben, trommelartig gespannt; überall stark schmerzhaft; doch läßt sich keine Resistenz und keine Dämpfung mehr nachweisen. Starkes Erbrechen, stark diarrhoische Stühle; fast kein Ausfluß mehr; Zunge trocken, Sensorium getrübt. Puls sehr klein.

8. VI. (15. Wochenbettstag): Zustand hat sich etwas gebessert; Leib ist zurückgegangen, nirgends mehr druckempfindlich; kein Ausfluß, kein Erbrechen; doch noch stark diarrhoische Stühle. Sensorium frei.

10. VI. (17. Wochenbettstag): Allgemeinzustand wieder verschlimmert. Leib nicht mehr aufgetrieben, nicht mehr schmerzhaft. Wieder starkes Erbrechen und stark diarrhoische Stühle; auch wieder etwas Ausfluß, der sehr übelriechend ist. Temperatur fällt auf 34,9. Puls bleibt auf der Höhe, sehr klein. Es stellt sich leichte Dyspnoë ein. Wöchnerin ist sehr unruhig. Es wird Kochsalzinfusion gemacht und reichlich Kampher gegeben. Daraufhin wird abends der Zustand wieder leidlich; Sensorium bleibt getrübt; Wöchnerin reagiert nur schwer auf Anrufe.

12. VI. (19. Wochenbettstag): Allgemeiner Eindruck schlecht; Wöchnerin liegt ganz apathisch im Bett. An den oberen Extremitäten hat sich ein starker Tremor eingestellt. Wiederholt starkes Erbrechen; kein Stuhlgang; den Urin läßt Patientin unter sich gehen. Leib vollständig eingesunken, nirgends mehr schmerzhaft, nirgends eine Resistenz zu fühlen. Sensorium den ganzen Tag über getrübt. Zunge sehr trocken. Es besteht starkes Durstgefühl. Am Abend klagt Wöchnerin über Schmerzen beiderseits in der Nackengegend; ebenda beiderseits unter dem Ohre eine etwa kirschgroße, entzündete Drüse nachweisbar. Auf der Streckseite beider Unterarme haben sich infolge der vielen Injektionen derbe Infiltrationen gebildet, die nicht schmerzhaft sind. Es wird ein Verband mit essigsaurer Tonerde gemacht. Die Injektionen werden weiter auf Brust und unteren Extremitäten vorgenommen.

13. VI. (20. Wochenbettstag): Allgemeinzustand bleibt schlecht; alles, was per os gegeben wird, wird erbrochen. Wöchnerin läßt Stuhl und Urin unter sich gehen. Ausfluß sehr gering, leicht übelriechend. Wöchnerin liegt in völlig apathischem Zustand da. Es wird Kochsalz und Kognak als Klysma gegeben.

15. VI. (22. Wochenbettstag): Zustand noch mehr verschlechtert, Sensorium getrübt; Patientin ist sehr unruhig. An den oberen Extremitäten, die krampfhaft in Beugestellung gehalten werden, hat sich ein starker Tremor eingestellt. Gegen Abend tritt starke Dyspnoë auf. Puls geht auf 160 in die Höhe, sehr klein. Es wird eine Kochsalzinfusion gemacht und reichlich Kampher gegeben. Gegen 11 h abends tritt eine starke Blutung aus dem rectum auf. Die Blutmassen, die etwa zwei bis drei Liter betragen, sind dickflüssig, stinkend. Wöchnerin, die auf Anrufen nicht mehr reagiert, ist äußerst unruhig.

16. VI. (23. Wochenbettstag): Status idem; nur hat die Dyspnoë zugenommen. Puls nicht mehr zählbar. Dabei schreit Wöchnerin des öfteren auf; per rectum gehen wieder große Blutmassen ab. Es wird um 6 h morgens nochmals Morphium gegeben und um 8 Uhr 40 Minuten erfolgt im tiefen Koma der exitus.

Die tags darauf vorgenommene Sektion ergab als **Leichendiagnose:** Diffuseitrige Peritonitis mit zahlreichen, abgekapselten Eiterherden in allen Teilen des Abdomens. Zwei chronische, penetrierende Magen-Geschwüre in der Vorder- bezw. Rückwand des Magens mit Verklebung der Nachbarorgane (Leber und peripankreatisches Fettgewebe). Bildung einer retroperitonealen Jauchehöhle mit sekundärer Perforation der Duodenalwand von außen nach innen. Ausgedehnte Blutung in das Magen- bezw. Darmlumen infolge von Gefäßzerreißungen im Duodenum. Hochgradige Anämie der Unterleibsorgane. Puerperaler Uterus in mangelhafter Rückbildung begriffen. Linksseitige, sekundäre, eitrige Salpingitis. Septische Nephritis. Enorme Anämie der Lungen und des Herzens. Hypostatisches Oedem der Lungen.

Das ausführliche Protokoll der Sektion der Bauchhöhle lautet:

Bei Eröffnung der Bauchdecken findet sich links vom Nabel, zwischen Haut und Fettgewebe gelegen, ein Abscеß, der durch die Bauchdecken hindurch ins Abdomen zu führen scheint. Bei der Durchtrennung der Bauchdecken liegen die hochgeblähten Darmschlingen vor. In weitaus dem größten Teil der Bauchhöhle finden sich teils abgesackte Abscesse, teils freier Eiter zwischen den Darmschlingen. Bei Auslösung dieser zeigt sich eine ganz besonders große Ansammlung dünnflüssigen Eiters rechts oberhalb des Psoas. Ein offenbar älterer abgesackter Abscеß findet sich zwischen Uterus und Darmschlingen, ein noch größerer Eiterherd in der Excavatio vesico-uterina. Der Uterus ist über mannsfaustgroß, mit den Darmschlingen verklebt, von weicher Beschaffenheit, cavum uteri weit, schokoladefarbene Massen enthaltend. An der Plazentarstelle finden sich reichlich rotbräunliche Reste der Plazenta. Die rechte Tube mit Darmschlingen verklebt, sonst o. B. Die linke Tube etwas verdickt, in ihrem Lumen gelblich-grünlicher Eiter. Die beiden Ovarien vergrößert, aufgelockert; Sagittalschnitte der Parametrien zeigen nirgends Abscesse oder erweichte Thromben. Im rectum finden sich enorme Mengen blutigen Kotes. Die Blase enthält ungefähr einen halben Liter klaren Urins; Schleimhaut enorm anämisch. Bei der weiteren Fröffnung des Darmkanals zeigen sich der ganze Dick- und Dünndarm gefüllt mit weichen, stark blutigen Massen. Der blutige Kot läßt sich verfolgen bis ins Duodenum. Bei Auslösung der Leber, die außerordentlich groß, auf dem Durchschnitt anämisch erscheint, zeigt sich die untere Fläche des linken Lappens mit der vorderen Magenwand verklebt, weiterhin die Leberkapsel und die obersten Schichten des Lebergewebes nekrotisch. In der

vorderen Magenwand findet sich ein zehnpfennigstückgroßes Loch: ein zweites etwa markstückgroßes findet sich an der Rückwand des Magens und ist daselbst mit dem retroperitonealen Fettgewebe verklebt. In der ganzen Umgebung ist die Magenserosa stark mazeriert und mißfarben. Eine flache Absceßhöhle von Taubeneigröße findet sich zwischen Duodenum und Pankreaskopf. An dieser Stelle ist die Duodenalwand scheinbar von außen nach innen durch Magensaft zerstört, sodaß die kleinste Perforation in der Schleimhaut sitzt. Beim Aufschneiden des Magens findet sich nun erstens ein längliches Geschwür an der Vorderwand des Magens, nahe der kleinen Kurvatur gelegen, von ganz unregelmäßiger Gestalt; von demselben aus ziehen zackige Geschwürsdefekte sowohl nach der großen Kurvatur als nach der Kardia in höchst eigenartiger Anordnung. Der Schleimhautdefekt dieses ersten Geschwürs ist ein ganz bedeutend größerer als der in der Serosa. Das zweite Geschwür ist in der Schleimhaut etwa zweimarkstückgroß, während der Serosadefekt etwas kleiner erscheint. Auch von hier aus gehen große, zackige Substanzdefekte und zwar dem Pylorus zu. Dicht neben diesem findet sich ein kleines Schleimhautloch im Duodenum, entsprechend der Vorderwand des oben beschriebenen Jaucheherdes. Die Milz ist nicht vergrößert, ziemlich derb; auf dem Durchschnitt braunrot. Nieren: ziemlich groß, über die Schnittfläche quellend, die Rindensubstanz gelb, blaß; Zeichnung verwaschen. Ureteren etwas weit, sonst ohne Befund.

Der Irrtum in der Diagnose ist einmal im negativen Ausfall der anamnestischen Exploration zu suchen: Die Patientin will immer gesund gewesen sein, will — morgendliches Erbrechen im Anfang ausgenommen — auch eine vollständig normale Schwangerschaft gehabt haben. Vor allem aber war der Verlauf des Wochenbetts in

Bezug auf Temperatur, Puls etc. unstreitig geeignet, die septische Form des Puerperalfiebers festzuhalten.

Es handelt sich um eine Wöchnerin, die von einer Landhebamme zweimal innerlich untersucht wurde, die seit dem zweiten Wochenbettstage über heftige Schmerzen im Leib klagt, einen äußerst übelriechenden Ausfluß bekommt, mit hoher Temperatur und stark beschleunigtem, kaum fühlbaren Puls. Der äußerst empfindliche Leib zeigt enormen Meteorismus, bei der inneren Untersuchung ergibt sich eine mangelhafte Rückbildung der Genitalien, eine besonders in die Gegend des linken Parametriums lokalisierte Schmerzhaftigkeit. Bald stellen sich Erbrechen grünlicher Massen und stark diarrhoische Stühle ein, Erscheinungen, die für septische Erkrankungen, zu denen die Mehrzahl der puerperalen Formen gehören, charakteristisch sind. Entsprechend sind auch die Allgemeinerscheinungen: auffällige Schläfrigkeit, die sich bis zum Koma steigert, gelegentlich leichte Erregungszustände, geradezu charakteristisch die vor dem Tode auftretende Euphorie, die scharf mit dem ausgeprägten Kollaps kontrastiert. Auch die zuletzt einsetzenden starken Darmblutungen geben keine Veranlassung, die Diagnose einer septischen, puerperalen Peritonitis fallen zu lassen und werden als durch perforierte septische Magendarmgeschwüre entstanden, aufgefaßt.

Nun belehrt uns die Obduktion, daß die Peritonitis nicht auf einer puerperalen Infektion beruhe, sondern auf zwei echte peptische Magengeschwüre zurückzuführen sei.

Es ist gewiß höchst auffallend, daß die Patientin nichts von einer Magenerkrankung anzugeben wußte, denn das morgendliche Erbrechen im Anfang der Schwangerschaft berechtigt doch keinesfalls, an eine Magenaffektion zu denken. Es ist nicht auszuschließen,

daß die ulzerierenden Prozesse im Magen erst in der Gravidität entstanden sind, welche ja die Bedingungen setzt, die für die Aetiologie der Magengeschwüre beschuldigt werden: lokale Zirkulationsstörungen, verursacht durch den Druck des sich vergrößernden Uterus, wodurch zirkumscripte Stellen der Magenschleimhaut in ihrer Ernährung gestört und damit in ihrer Widerstandsfähigkeit gegenüber der verdauenden Wirkung des Magensaftes herabgesetzt werden. Eine Steigerung der freien Salzsäure während der Schwangerschaft haben die über die Entstehung der Hyperemesis angestellten Untersuchungen nicht ergeben. Freund nimmt sogar an, daß die Gravidität, besonders bei Frauen, die an Hyperemesis leiden, mit Verminderung der freien Salzsäure einhergeht. Vielleicht steht das in Zusammenhang mit der von Blumreich konstatierten vermehrten Alkalescenz des Blutes Schwangerer.

Die mangelhafte Anamnese gestattet kaum Vermutungen über die Zeit der Entstehung der Geschwüre; an die Notwendigkeit einer genaueren Exploration in dieser Hinsicht konnte man damals natürlich nicht denken. Wahrscheinlich bestanden schon vor der Geburt an der Vorder- und Rückwand des Magens je ein chronisches Magengeschwür. Es ist anzunehmen, daß unter den excessiven intraabdominalen Druckschwankungen während der Geburt und durch die starke Kongestion zu den Baucheingeweiden nach derselben, das in typischer Weise nahe der kleinen Kurvatur an der Vorderwand des Magens lokalisierte Ulkus perforiert wurde. Patientin gibt auch an, daß schon am **2ten** Wochenbettstage der Leib schmerzhaft geworden sei und sich aufgebläht habe. Es entstand nun, indem der Mageninhalt sich in die Bauchhöhle entleerte und so für die pathogenen Keime einen ihnen zusagenden Nährboden schuf, eine sekundäre Peritonitis. Eine solche

Perforation eines Magenulkus in die freie Bauchhöhle, bevor eine Verlötung mit den Nachbarorganen stattgefunden hat, sehen wir ja fast nur bei Sitz an der vorderen Wand. Durch die Bewegungen des Zwergfells und der Dünndarmschlingen wurden die Mikroorganismen rasch auf große Strecken ausgestreut und so die Infektion eine allgemeine. Die Sektion ergab auch teils abgesackte Abscesse, teils freien Eiter fast im ganzen Abdomen. Die diffuse Peritonitis führte nun durch Schädigung der Darmnerven und Darmmuskulatur zu einer Parese der Gedärme, die ihrerseits einen enormen Meteorismus zur Folge hatte, umsomehr als der Wöchnerin per os sehr viel Flüssigkeit zugeführt wurde. Dadurch wurde die Bedingung zu einer Perforation auch des an der Hinterwand sitzenden Geschwürs gegeben. Hier hatte nun in gewöhnlicher Weise vor dem Durchbruch eine Verlötung mit dem anliegenden peripankreatischen Fettgewebe stattgefunden und in die so entstandene abgesackte Höhle ergoß sich der Mageninhalt. Dem Gesetz der Schwere folgend, bahnte er sich nun einen Weg, dem Pankreas entlang und durchbrach dann, wie das Präparat deutlich zeigt, von außen nach innen die Duodenalwand. Hier setzt dann die starke Blutung ein, die sich bald wiederholte und die unmittelbare Todesursache bei der durch die Infektion ohnehin aufs äußerste geschwächten Frau abgab; — an der Perforationsstelle war deutlich ein größeres arrondiertes Gefäß nachzuweisen.

Es ist zweifellos, daß im vorliegenden Fall die beiden Magengeschwüre die primäre Erkrankung darstellen, die dann durch Perforation sekundär zur Peritonitis geführt haben; sie stellen in ihrem trichterförmigen Bau mit der Basis in der Schleimhaut, der Spitze in der Serosa und ihrer Lokalisation echte peptische Magengeschwüre dar. Der Annahme, daß die beiden

Geschwüre embolischer Natur seien, entstanden nach einer primären durch die Untersuchung bei der Geburt erzeugten Infektion, widerspricht das Einsetzen der Peritonitis am zweiten Wochenbettstage, vor allem aber das Fehlen jeglicher Infarkte oder Abscesse in der Lunge; es müßte denn sein, daß die Frau ein offenes foramen ovale gehabt hätte, wovon das Sektionsprotokoll nichts angibt*).

Fall II

(von Herrn Oberarzt Dr. Bauereisen in der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde mitgeteilt)

betrifft die

L. Maria, Dienstmagd, 30 Jahre. III. para.

Aufnahme: 24. April 05.

Anamnese: Vater an Lungenleiden gestorben, Mutter und zwei Brüder leben und sind gesund. Patientin will mit 22 Jahren einen Gelenkrheumatismus durchgemacht haben, sonst stets gesund gewesen sein. Mit 17 Jahren habe sie zum erstenmal das Auftreten der menses bemerkt, sie seien regelmäßig alle vier Wochen aufgetreten, drei Tage dauernd, von mittlerer Stärke, ohne Beschwerden. Letzte Menstruation: Mitte Juli. Patientin hat dreimal spontan geboren, das letztemal am 11. April; die Wochenbetten waren fieberfrei; Fehlgeburten hatte Patientin nicht zu verzeichnen. Auch während der letzten Schwangerschaft erfreute sich Patientin dauernd eines guten Befindens. Patientin hatte kein übermäßiges Zunehmen des Leibes bemerkt, zeitweise hatte sie über Schmerzen in der rechten Seite des Leibes zu klagen, achtete jedoch nicht weiter darauf.

*) Die Sektion wurde von Herrn Privatdozent Dr. Merkel ausgeführt.

Patientin entband in der Wohnung ihrer Mutter: am 11. April früh 7 Uhr spürte Patientin Wehen; in einer halben Stunde war das Kind bereits geboren; 10 Minuten später erschien die Plazenta. Patientin wurde vor der Geburt nicht innerlich untersucht; nach der Geburt habe die Hebamme die Genitalien betastet. Am fünften Wochenbettstag bekam die Patientin heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen im Leib, besonders rechts, und Fieber. Unter ärztlicher medikamentöser Behandlung ließen das Fieber und die Schmerzen nach. Nach zwei Tagen wurde das Fieber wieder stärker und die Schmerzen traten wieder heftiger auf. Diese Anfälle wiederholten sich noch einigemale, beim letztenmal trat Erbrechen auf. Der Leibesumfang nahm nach der Geburt gar nicht ab. Appetit fehlt; Stuhl ist angehalten; es besteht häufiges Aufstoßen, seit der Entbindung auch Husten.

Status: Kleines, stark abgemagertes, grazil gebautes Mädchen, Wangen etwas fieberhaft gerötet, Zunge nicht belegt, feucht. Puls frequent, unregelmäßig; Atmung oberflächlich, frequent.

Lungenuntersuchung ergab: Supra- und Infraklavikulargruben stark eingesunken, l. h. o. Abschwächung des Perkussionsschalles, sonst überall Lungenschall. Atmungsgeräusch l. h. o. etwas verschärft. Über dem rechten Oberlappen vereinzelte Knistergeräusche hörbar. Herzgrenzen nicht verbreitert, Töne laut, rein. Spitzenstoß im fünften Interkostalraum innerhalb der Mammillar-Linie.

Brüste zeigen gut entwickelte Drüsensubstanz; Warzenhof pigmentiert. Inhalt: Milch.

Abdomen stark aufgetrieben, von prall elastischer Konsistenz; Nabel verstrichen. Reichlich frische und late Striae vorhanden. Leibesumfang 91 cm. Perkussion ergibt auf der Höhe des Tumors, von da nach dem

linken Hypochondrium sich erstreckend, eine etwa handtellergroße Zone abgeschwächt tympanitischen Schalles; die seitlichen Partien zeigen absolute Dämpfung. Es besteht deutliche Undulation. Die Bauchdecken lassen sich verhältnismäßig gut eindrücken, ohne daß Patientin stärkere Schmerzen äußert; nur bei tieferem Eingehen wird rechts vom Nabel eine sehr druckempfindliche Stelle angegeben. Vulva geschlossen; aus der Vagina entleert sich etwas trübe Flüssigkeit. Scheidenschleimhaut deutlich livid verfärbt. Im Scheideneingang, besonders in der Gegend der Harnröhrenmündung befinden sich mehrere leicht belegte Stellen, offenbar von bei der Geburt entstandenen kleinen Einrissen herrührend. Vorderes und seitliches Scheidengewölbe stark nach abwärts vorgewölbt; Portio etwa in der Interspinallinie, etwa 1 cm lang; äußerer Muttermund für eine Fingerspitze durchgängig; corpus uteri läßt sich nicht abgrenzen, scheint aber retrovertiert-flektiert zu liegen. Adnexe ebenfalls nicht tastbar.

Harn: mäßige Eiweißtrübung, ziemlich zahlreiche granulierte, vereinzelte hyaline Zylinder; Eßbach 1 ‰.

Diagnose: Nephritis, peritonitisches Exsudat bei Puerperalfieber. Differentialdiagnostisch wurde vor der Operation ein stielgedrehtes Kystom mit peritonischen Reizerscheinungen in Betracht gezogen; doch wurde auch schon an Peritonitis tuberkulosa gedacht.

26. IV. (16. Wochenbettstag): Patientin ist sehr verfallen, bricht beständig und hält auch die zweistündig gegebenen Nährklystiere mit Kalodal und Infus. Digitalis nicht. Sensorium etwas benommen; über Schmerzen klagt Patientin nicht. Puls ist klein, sehr frequent; Temperatur hoch. Es wird etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse mit Pravatz'scher Spritze eine Probepunktion gemacht. Dabei wird ein äußerst stinkender, dünnflüssiger Eiter entleert; in demselben sind

Diplokokken, Staphylokokken, kurze Stäbchen erkennbar. Da man nach diesem Befunde eine eitrige Peritonitis annehmen konnte, so wird in Lokalanästhesie und unter einigen Zügen Chloroform die Eröffnung des Abdomens vorgenommen und eine große Menge Jauche entleert.

Bei der Palpation ergibt sich, daß die Gedärme oben verklebt sind, ebenso ist der hintere Douglas fest verwachsen. Die Perkussion ergibt jetzt überall tympanitischen Schall; man gewinnt den Eindruck, als ob eine völlig abgeschlossene Eiterhöhle eröffnet wurde. Die Wundhöhle wird sodann mit Jodoformgaze tamponiert und ein Drain möglichst tief nach unten eingeführt. Weil der Puls etwas klein geworden ist, werden drei Spritzen Kampher gegeben. Die Schnittlänge beträgt ungefähr 9 cm. Die Wunde bleibt offen.

Auf Grund der Operation wurde die Diagnose auf Peritonitis puerperalis circumscripta gestellt und die Patientin auf die septische Station verlegt.

Das Allgemeinbefinden ist nach der Operation zunächst ein leidliches. Puls 130; Temperatur fällt von 38,8 ° auf 38,0 °. Patientin bekommt stündlich Kampher, Nähreinläufe, Kochsalz subkutan, Digitalis und Strophantus.

27. IV. (17. Wochenbettstag): Puls 120: Temperatur 38,0—38,3. Sensorium frei.

28. IV. (18. Wochenbettstag): Der Allgemeinzustand wechselt. Es tritt vorübergehend Erbrechen auf; dann erfolgen 6 bis 8 diarrhoische Stühle.

30. IV. und 1. V. (20. und 21. Wochenbettstag) bieten kritische Augenblicke. Bei dem dreimal täglich vorgenommenen Verbandswechsel zeigt sich jedesmal kolossale Sekretion; im Anfang mehr flockig, wurde das Sekret jetzt wässerig jauchig, von fürchterlich stinkendem Geruch.

2. V. (22. Wochenbettstag): Puls und Temperatur gehen zurück. Allmählich verschlechtert sich das Allgemeinbefinden; es tritt Benommenheit ein. Puls wird kleiner, aber nicht auffallend frequent.

3. V. (23. Wochenbettstag): Exitus bei einer Temperatur von 36,8 und Pulsfrequenz 135. Beim Versuch, aus dem bei der Operation gewonnenen Eiter Reinkulturen zu züchten, ergab sich, daß nur an den tiefsten Stellen der Stichkanäle Kokkenrasen aufgegangen waren, daß es sich also um obligate Anaerobier handelte.

Das Sektionsergebnis war folgendes:

Leichendiagnose: Subakute, fibröse, tuberkulöse Pleuritis beiderseits, besonders rechts. Verwachsungen der Lunge, besonders links. Kleine knotige bronchopneumonische tuberkulöse Herde im rechten Oberlappen. Enormes Oedem der Lungen, hypostatische Hyperämie der Unterlappen. Tuberkulose der Peritracheal- und Bifurkationsdrüsen.

Sehnenflecken am Herzen.

Geringe Atheromatose der Aorta.

Oesophagomalazie.

Subakute Miliartuberkulose des Peritoneums, diffuse Verklebung der Bauchorgane.

Sekundäre, jauchig eitrige Peritonitis, ausgehend von einem perforierten Duodenalulkus.

Zwei Duodenalgeschwüre mit Übergang auf das angelötete Pankreas.

Parenchymatöse Nephritis.

Puerperaler Uterus ohne Besonderheiten.

Kopfhöhle: ergibt normale Verhältnisse.

Brusthöhle: Zwergfellstand IV. Interkostalraum beiderseits. Beim Durchschneiden der Rippenknorpel zeigen sich die unteren Knorpel verknöchert; sie müssen

durchsägt werden. Die Articulatio sterno-clavicularis ist frei. Sternum in Größe, Form, Gewicht normal. An der Innenfläche ist es rechts von einer zwei Millimeter dicken fibrinösen Schwarte bedeckt, die auf dem Durchschnitt gelblich aussieht. Die Lungen stoßen in der Medianlinie oben fast zusammen. Der Herzbeutel liegt in Fünfmarkstückgröße frei. In der linken Pleurahöhle etwa ein Eßlöffel voll hämorrhogischer trüber Flüssigkeit. Die Lunge ist links an einzelnen Stellen flächenhaft, leicht lösbar, an der Spitze durch derbere Stränge fest verwachsen. Die Basis der rechten Lunge ist mit dem Zwergfell in ganzer Ausdehnung verwachsen, so daß sie nur mit großer Mühe gelöst werden kann. Die rechte Pleurahöhle ist frei von Flüssigkeit. Im Herzbeutel ein Kaffeelöffel voll klarer seröser Flüssigkeit. Der linke Ventrikel ist kontrahiert, der rechte schlaff; der rechte Vorhof ist leer. Nach Herausnahme der Brustorgane zeigt sich besonders die rechte Lunge sehr voluminös; die linke Lunge ist von normaler Form und Größe. Die linke Lunge fühlt sich überall luftkissenartig an; die rechte Lunge ist derber und läßt im Oberlappen verschiedene bis haselnußgroße, derbe Knoten durchfühlen; kleinere solche Knötchen sind hauptsächlich an der Spitze zu fühlen; doch besteht nur eine ganz geringe narbige Einziehung. Die einzelnen Lappen der rechten Lunge sind miteinander verwachsen, lassen sich aber leicht lösen. Die Oberfläche der rechten Lunge zeigt namentlich über der Spitze, besonders hinten einen dicken, gelblich weißen Belag, der sich schwer abziehen läßt. Geringer ist der Belag an der seitlichen Kostalfläche. Über der linken Lunge finden sich nur einzelne, leicht abziehbare, gelbliche Membranen; in die Pleura des Oberlappens scheinen an verschiedenen Stellen bis stecknadelkopfgroße, graugelbe Knoten eingelagert.

Linke Lunge: Oberlappen auf dem Durchschnitt normal bluthaltig, entleert auf Druck reichlich schaumige Flüssigkeit; Knötchen nicht zu fühlen.

Unterlappen: sehr blutreich; entleert ebenfalls reichliche Mengen schaumiger Flüssigkeit; ist aber überall lufthaltig.

Rechte Lunge: Oberlappen: Auf der Schnittfläche ist das Lungenparenchym von normaler Zeichnung; es ist enorm ödematös. Beim Durchschneiden der oben erwähnten Knoten zeigen sich dieselben zusammengesetzt aus derbem abwechselnd schwarzen und graugelben Gewebe, das vollkommen luftleer ist und geringe Verkäsung zeigt.

Mittellappen zeigt normalen Luft- und Blutgehalt.

Unterlappen: enorm ödematös, ziemlich blutreich, durchweg lufthaltig.

Herzbeutelinnenfläche überall glatt und spiegelnd. Das epikardiale Fettgewebe ist minimal entwickelt. Herz klein. An der Vorderfläche des rechten Ventrikels und Vorhofes ist ein dreimarkstückgroßer, unregelmäßig gestalteter, graugelber, nicht ablösbarer Belag. Die Gefäße des Herzens sind mäßig gefüllt. Im übrigen Herzbefund normal.

Aortenintima normal, nur an der Abgangsstelle der größeren Gefäße des Bogens ist eine weißliche, gelbliche Verfärbung der Intima zu konstatieren. An der Hinterseite des Bogens scheint die Aorta mit derben Drüsen fest verwachsen. An dieser Stelle zeigt sich ebenfalls eine weißgelbliche Verfärbung der Intima.

Oesophagusschleimhaut des oberen Teiles anämisch, in Fetzen abgehoben. In den unteren Partieen ein schmieriger, schmutzig graubrauner Belag.

Peritrachealdrüsen vergrößert, bis über Mandelgröße. Auf dem Durchschnitte zeigen sich zahlreiche, gelbgraue Käseherde.

Bifurkationsdrüsen vergrößert, schwarz, derb.
Schilddrüse normal.

Bauchhöhle: Bei Eröffnung derselben zeigt sich, daß der Operationsschnitt, ebenso wie das eingeführte Drainrohr in die Bauchhöhle führen. In letzterer findet sich zwischen den fast miteinander verklebten Darmschlingen etwas jauchiger, gelber Eiter. Das Netz ist zusammengerollt und in eine gelblich käsige Masse verwandelt.

Das ganze viscerale und parietale Blatt des Peritoneums, sowie besonders die serösen Übergänge sämtlicher Organe zeigen dichte Knötchen, ganz besonders das Mesenterium nach Auseinanderlösung der Darmschlingen. Ein Ausgangspunkt der Tuberkulose im Bereich der Bauchhöhle ist nicht zu finden; keine verkästen Mesenterialdrüsen, keine verkästen Tuben. Die rechte Tube wohl vergrößert und verdickt, auf dem Querschnitte aber nicht tuberkulös verändert.

Uterus über mannsfaustgroß, mit konfluierenden Tuberkeln überzogen. Wandung weich, locker, besonders auch die dunkelbraune Schleimhaut. Ansatzstelle der Plazenta noch erkennbar. Portio noch stark aufgelockert, ebenso die Scheide; beide blaurot verfärbt.

Milz etwas vergrößert, weich, dunkelrot, breiig auf Durchschnitt.

Nebennieren o. B.

Nieren zeigen parenchymatöse Schwellung und weiche Beschaffenheit, starke Injektion der Pyramiden.

Leber: an der Unterfläche des rechten Lappens ist der Magen bezw. das Duodenum leicht anfixiert; daselbst zeigt sich ein markstückgroßes Loch in der Duodenalwand; die untere Leberfläche ist hier in großer Ausdehnung imbibiert.

Magen ohne Besonderheit.

Darmkanal: dicht hinter dem Pylorus findet sich im Anfangsteil des Duodenums ein fleckiges Geschwür, auf dessen Grund das Pankreas festsitzt und welches als peptisches anzusprechen ist. Dicht daneben findet sich ein zweites, die Wand durchgehendes Geschwür, dessen Perforationsöffnung der Unterfläche des rechten Leberlappens anliegt. Im weiteren Darmkanal kein besonderer Befund, nirgends mehr Ulzerationen, keine Tuberkelknötchen.

Also auch in diesem Falle, der eine Komplikation von ulcus pepticum duodenale mit Miliartuberkulose darstellt, wurde die Diagnose einer puerperalen Infektion gestellt.

Der status puerperalis der Patientin verleitete dazu, auch diese Erkrankung als puerperale Infektion aufzufassen, umsomehr, als auch Anamnese und Befund hinsichtlich einer solchen nicht einwandfrei schienen. Wenn auch die Wöchnerin angab, von der Hebamme nicht innerlich untersucht worden zu sein, so gab sie doch zu, daß diese Manipulationen an ihren Genitalien vorgenommen habe; letztere zeigten auch am introitus vaginae, besonders in der Gegend der Harnröhrenmündung mehrere, wohl von der Geburt herrührende, bei der Einlieferung in die Klinik leicht belegte offene Stellen. Weiterhin konnte Patientin durch Selbsttouchieren etc. infektiöses Material in die Genitalien gebracht oder die Infektion auf irgend einem Wege der Selbstinfektion stattgefunden haben. Bei der Untersuchung ergab sich trüber Ausfluß aus der Scheide, der Uterus retrovertiert-flektiert, vorderes und seitliches Scheidengewölbe stark nach abwärts vorgewölbt, das Abdomen stark aufgetrieben, nach Angabe der Patientin fast so stark wie vor der Geburt. Temperatur und Puls gaben zwar kein typisches Bild der gewöhnlich unterschiedenen Formen der puerperalen Wundinfektion,

doch ist nach diesem Gesichtspunkt ein Puerperalfieber weder zu diagnostizieren, noch auszuschließen.

Allerdings schienen mehrere Momente in ihrer Gesamtheit mit nicht zu übersehender Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen einer tuberkulosen Erkrankung und damit auf eine teilweise richtige Diagnose hinzudeuten: Die Angabe, daß der Vater der Patientin an Lungenleiden gestorben, eventuell auch, daß Patientin verhältnismäßig spät erstmalig menstruiert wurde, der phthisiche Habitus, der sie als stark abgemagertes, grazil gebautes Mädchen von blasser Hautfarbe, mit stark eingesunkenen Supra- und Infraklavikulargruben erscheinen läßt — bei der Sektion ergänzt durch den Befund einer Verknöcherung der oberen und unteren Rippenknorpel —, dann der Lungenbefund, der bei konsequenter Beachtung: Untersuchung des Augenhintergrundes, des Sputums, Blutes — vielleicht mit größerer Bestimmtheit zur Diagnose einer Tuberkulose geführt hätte, endlich die Angabe, daß Patientin seit ihrer Niederkunft huste.

Jedoch für das Wesentliche der Erkrankung, für das Bestehen der Duodenalgeschwüre ergab sich auch in diesem Falle aus Anamnese und Befund kaum ein Anhaltspunkt. Die Patientin berichtet zwar, daß sie zeitweise Schmerzen in der rechten Seite gehabt habe, die sich am 5. Wochenbettstag gesteigert hätten; diese Angabe aber wurde weder von ihr betont, noch auch bei der Diagnosestellung wesentlich bewertet; ließ sich doch dies, wie die übrigen gastrisch-intestinalen Erscheinungen ungezwungen als peritonitische Reizerscheinung erklären. Die Operation vollends schien die Diagnose eines zirkumscripten puerperalen Exsudates zu bestätigen.

Jetzt, nachdem die Sektion das Bestehen zweier perforierter Duodenalgeschwüre ergeben hat, sind wir

in der Lage, uns eine klare Vorstellung des Krankheitsprozesses zu machen, der im circulus vitiosus zum Tode führt.

Bei der an einer chronischen Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose leidenden Wöchnerin bildeten sich in den oberen Abschnitten des Duodenums, nahe dem Pförtner, zwei peptische Geschwüre; gerade bei Tuberkulose begegnen wir häufig einer Superazidität des Magens. Die beiden Ulzera verliefen in gewöhnlicher Weise fast symptomlos. Unter den bei Fall I geschilderten Bedingungen, wozu hier noch häufiger Husten und Singultus kamen — letzterer durch Entzündung der Zwergfellserosa hervorgerufen —, erfolgte die Perforation, die auf den fünften Wochenbettstag zu verlegen sein dürfte; an diesem Tage bekam die Patientin heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen im Leib, besonders rechts, und von da ab setzt das hohe Fieber und die schwere Störung des Allgemeinbefindens ein. Die Druckschwankungen, denen intrathorakal und intraabdominal gelegene Herde bei der Geburt ausgesetzt sind, führten aber auch zu einer multiplen Weiterverbreitung der Tuberkulose, die ja im Puerperium häufig die akuteste Form anzunehmen pflegt. Nun disponieren nach P. Müller fieberhafte Erkrankungen im Wochenbett — hier die Perforationsperitonitis —, zumal wenn schwere Eiterungen bestehen, zu galoppierendem Verlauf einer Tuberkulose, und dadurch wieder wurde die Patientin so geschwächt, daß sie die verhältnismäßig günstige Anaerobenperitonitis nicht zu überstehen vermochte.

Einer eventuellen Auffassung der geschwürigen Prozesse als embolische Geschwüre nach puerperaler Infektion wäre auch hier das Fehlen jeder weiteren Infarkte, besonders in der Lunge, entgegenzuhalten; ein so vereinzeltes Auftreten von metastatischen Herden, noch dazu in dieser Lokalisation, wäre doch höchst auf-

fallend. Bemerken möchte ich hier noch, daß nach Freund die Tuberkulose keine besondere Disposition zu puerperalen Erkrankungen bietet.

Ich habe eingangs meiner Arbeit diese beiden Fälle als die ersten in der Litteratur beschriebenen von perforiertem ulcus pepticum im Wochenbett bezeichnet. Bei der Durchsicht der Litteratur begegnete mir zwar ein von einem französischen Autor Chabannes mitgeteilter Fall, der das gleiche Thema behandelt, der aber in keiner Weise wissenschaftliche Anerkennung beanspruchen darf. Die Mitteilung lautet:

„30jährige I para klagte während der letzten Monate der Schwangerschaft wohl über unbestimmte Magenschmerzen, jedoch nicht so, daß es zu eigentlichen Schmerzen kam und deshalb diätetische Beschränkungen für nötig gefunden wurden. An ein ulcus ventriculi zu denken, lag keine Ursache vor. Die Geburt erfolgte am normalen Termin, zog sich bei frühzeitigem Wasserabgang und bei durch Beckenenge verzögertem Eintritt des Kopfes einige Tage hin. Mehrere vergebliche Versuche mit forceps am hochstehenden Kopfe, dann endlich nach Tiefertreten Zangenentbindung. Blutung, manuelle Lösung der Plazenta. Die ganze Nacht über hatte Patientin über unbestimmte Beschwerden in der Magengegend geklagt; wegen schlechten Pulses und Kräftemangel wurde Sekt gegeben, etwa eine halbe Flasche, nach und nach. Enorme Auftreibung des Leibes, äußerste Empfindlichkeit, schließlich Blutbrechen, mehrere Stunden lang. Die nächsten acht Tage ohne Beschwerden, Milchdiät, empfindlicher, aber weicher Leib mit 39—40° Fieber ohne Fröste. Schmerzen erheblicher Natur nur in der linken Iliakalgegend, reichlich Durchfälle. Am achten Tage erneutes, unstillbares Blutbrechen, Tympanie und Tod unter den Erscheinungen

der Perforationsperitonitis. Sektion hat nicht stattgefunden."

Mit was will Chabannes seine Diagnose einer Perforationsperitonitis bei ulcus ventriculi begründen? Die Anamnese reicht doch gewiß nicht hin; er selbst sagt ja, daß keine Ursache vorlag, an ein ulcus ventriculi zu denken. Der Geburtsverlauf, der mehrere Tage beansprucht, ist derart, daß eine puerperale Infektion fast mit Bestimmtheit zu postulieren ist: frühzeitiger Wasserabgang, verzögerter Eintritt des Kopfes, mehrere vergebliche Zangenversuche am hochstehenden Kopf, bei denen doch jedesmal mit der Hand in die Scheide eingegangen werden mußte und die doch sehr wahrscheinlich zu Weichteilverletzungen geführt haben, dann forceps-Entbindung, die die genannten Infektionsmöglichkeiten nochmals bot, schließlich noch manuelle Plazentarlösung. Der Wochenbettsverlauf bietet das Bild der bei der Geburt stattgefundenen Infektion, das Erbrechen blutiger Massen, die Tympanie ist uns das Zeichen eines septischen Magendarmgeschwürs. Was bleibt für die Diagnose ulcus ventriculi noch übrig?

Doch selbst angenommen, der Autor hätte es glaubhaft zu machen verstanden, daß es sich um ein echtes Magengeschwür handle, so ist der Fall trotzdem aus der medizinischen Litteratur zu streichen, weil er die notwendige Bestätigung durch die Sektion nicht erfahren hat. Diese Forderung glaube ich im Interesse der Zuverlässigkeit unserer Statistiken machen zu dürfen.

Hiemit komme ich auf den praktischen Wert meiner Veröffentlichungen. Die Fälle haben gezeigt, wie schwer, ja manchmal unmöglich es ist, echtes Wochenbettfieber von Krankheiten anderer Aetiologie zu unterscheiden. Diese Erwägung muß maßgebend sein bei der Beurteilung der in der forensisch-medizinischen Praxis nicht

ganz seltenen Fälle, in denen Arzt oder Hebamme wegen fahrlässiger Tötung angeklagt sind, nachdem die Wöchnerin an Peritonitis starb. In solchen Fällen muß zur Verurteilung der Angeklagten nicht nur die Unterlassung der Desinfektion bewiesen sein, sondern auch eine andere Todesursache als Puerperalfieber geleugnet werden; über letzteres aber zu entscheiden, ist nur die Obduktion im Stande. Im Fall I wurde auch tatsächlich die Sektion erzwungen, nachdem die Klinik von den Angehörigen der Verstorbenen verschiedentlich dahin interpelliert worden war, ob nicht während oder nach der Geburt durch die Hebamme oder den Arzt eine Nachlässigkeit unterlaufen sei, die den Tod der Frau verschuldet habe; das Sektionsergebnis hat beide von jeglicher Schuld freigesprochen.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Menge für die gütige Überlassung des Themas und Übernahme des Referats meinen Dank zu sagen.

Litteratur.

F. v. Winkel: Handbuch der Geburtshilfe II, 1.

Gminder: Münchener mediz. Wochenschrift 1905 Nr. 15.

Chabannes: Zentralblatt für Gynäkologie 1904 Nr. 34.

Lebenslauf.

Ich wurde am 8. März 1882 zu Rosenheim als Sohn des derzeitigen K. Regierungsrates Gustav Kunz und seiner Gattin Therese geboren. Nach Übersiedelung meiner Eltern nach Bamberg besuchte ich dort die Volksschule und das K. neue Gymnasium, später das K. humanistische Gymnasium zu Metten. Hier erwarb ich mir im Juli 1900 das Reifezeugnis. Meinen medizinischen Studien oblag ich an den Universitäten zu München und Erlangen; an letzterer Universität bestand ich im Juli 1902 die ärztliche Vorprüfung, im Juli 1905 die Approbationsprüfung. Im Sommersemester 1901 diente ich mein erstes Halbjahr mit der Waffe beim K. bayer. 19. Infanterie-Regiment. Seit bestandener Approbationsprüfung bin ich als Medizinalpraktikant an der K. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen tätig.

Gustav Kunz.